Rok XL. Kraków, 9 Lutego 1901. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu ortopedycznego Dra Maksymiliana Haudeka w Wiedniu.

O wskazaniach leczniczych zapomocą operacyj i przyrządów ortopedycznych.

Podał

Dr. Maksymilian Haudek*)

W ortopedyi, jak w całej medycynie, w ostatnich latach dwudziestu zaznaczył się olbrzymi postęp i osiągnięto wyniki znakomite. Dawniejsi lekarze, uważając ortopedyę za gałęź bardzo niewdzięczną medycyny, traktowali ją po macoszemu i pozostawili ją w ręku bandażystów; dopiero w obecnych czasach, wobec rozwoju anatomii patologicznej zniekształtnień, ortopedya wzbudza z dniem każdym więcej zainteresowania i zyskuje ludzi, specyalnie jej poświęcających się. Cały szereg wybitnych chirurgów poczyna dziś zajmować się ortopedyą, usiłując na drodze krwawej usuwać zniekształtnienia. Ponieważ jednak wyniki tych zabiegów nie zawsze były pomyślne, a prócz tego czasem dawały powód do różnorodnych obaw, przeto leczenie czysto ortopedyczne, zapomocą przyrządów, przeważnie Hessinga, zyskiwało coraz więcej zwolenników. Z chwilą, w której operacye krwawe zastąpiono zabiegami niekrwawymi, rozpoczął się rozkwit właściwej ortopedyi. Zadaniem lekarza specyalisty jest rozważyć, jakiej metody użyć w danym przypadku należy, aby jak najprędzej i z jak najmniejszem niebezpieczeństwem dla chorego usunąć zniekształtnienie. Samą operacyą nie wypełniliśmy jeszcze naszego zadania; dopiero przez odpowiednie leczenie następowe musimy ustalić wynik operacyi.

Zanim przystąpimy do omówienia różnych metod leczenia, musimy zwrócić uwagę na kilka okoliczności. Przy doborze metody musimy uwzględnić etyologię zniekształtnienia. Te przypadki, w których sprawa zapalna była powodem zniekształtnienia, wymagają powolniejszego i ostrożniejszego leczenia, niż zniekształtnienia wrodzone, lub też na tle porażenia. Również trwanie choroby, jako też i wiek chorego są ważnymi względami.

Najczęściej zdarzającym się przypadkiem jest skrzywienie boczne kręgosłupa, które wymaga długotrwałego leczenia ortopedycznego, w cięższych przypadkach założenia odpowiedniej sznurówki ortopedycznej, z których najlepsze są sznurówki Hessinga. Lekarze francuscy nowszych czasów (Calot, Redard) zalecają wyprostowanie doraźne *(redressement forcé)* w uśpieniu znieczulającem, jednakże metoda ta, jak i metoda Volkmanna i Koffera, zalecająca resekcyę garbu przy wysokiego stopnia skrzywieniu bocznem kręgosłupa (wykonana dotychczas 3 razy) nie znajduje zwolenników.

Przy leczeniu próchnienia kręgów uważano za rzecz bezwzględnie konieczną ustalenie i zniesienie obciążenia w stosie pacierzowym i to bądź przy pomocy odpowiednich przyrządów (opatrunek Nönchena, opatrunek gipsowy i przyrząd do wyciągania Lorenza), albo też przy leczeniu ambulatoryjnem przez założenie dokładnie przystającej sznurówki, umożliwiającej przy zajęciu kręgów szyjnych podparcie głowy. Przy tych metodach wytwarzał się prawie zawsze garb, w którego powstaniu widziano dowód wyzdrowienia chorej części kręgosłupa. Calot chcąc zapobiedz tworzeniu się garbu zalecił doraźne jego wyprostowanie; jednakowoż ogólnie znany jego zabieg nie potrafił się upowszechnić. Natomiast posługujemy się zmodyfikowaną metodą Calota o tyle, że stosujemy ją bez uśpienia w przypadkach nie ustalonego jeszcze garbu. Polega ona na wyciąganiu pacyenta z możliwie silnem wygięciem chorej części stosu pacierzowego ku przodowi. Dokładnie wykonany opatrunek gipsowy, obejmujący stosownie do umiejscowienia choroby i głowę, sprowadza zniesienie obciążenia i ustalenie.

Silniejszego wyciągania używa się w zastarzałych porażeniach przy próchnieniu kręgów, nie wykazujących skłonności do ustąpienia.

Krwawe operacye w próchnieniu kręgów nie wykazują dotychczas doniosłych wyników. Przypadki te dawały 5% śmiertelności, podczas gdy w pozostałych przypadkach rzadko można zaznaczyć wyleczenie zupełne, a pozostawała zawsze skłonność do nawrotów.

Wobec tego, cośmy już powiedzieli, należy leczyć próchnienie kręgów w okresach początkowych w następujący sposób: pacyenta należy ustalić w dokładnie wykonanym przyrządzie lub sznurówce, przy możliwie silnem wygięciu kręgosłupa ku przodowi, a jeżeli siedziba schorzenia mieści się wysoko lub w kręgach szyjnych, należy ustalić także i głowę. Używam do tego sznurówek i przyrządów Hessinga, a do ustalenia głowy elastycznego przyrządu Hessinga-Hoffy.

Sznurówki Hessinga różnią się od ogólnie używanych tem, że już samem swojem wykonaniem umożliwiają dokładne ustalenie i zawieszenie stosu kręgowego. Są to sznurówki z tkaniny, na której system szyn i dokładnie przylegających do ciała sprężyn stalowych spełnia swoje zadanie. Jeżeli mamy do czynienia z próchnieniem w późniejszych okresach, wtedy usiłować należy przez możliwie silne wyciąganie i wygięcie kręgosłupa ku przodowi sprowadzić wyrównanie garbu. Jeżeli zaś garb jest ustalony, należy go

*) Podług odczytu, wygłoszonego na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w lipcu 1900 r. w Krakowie.

pozostawić nienaruszonym. Przy dłużej istniejących objawach porażenia zastosowujemy zmodyfikowaną metodę Calota, głównie już dla tego, że nie przedstawia ona niebezpieczeństwa. Ropnie opadowe, mogące się równocześnie pojawić, wymagają oczywiście osobnego leczenia.

Przy szyi skośnej (*Caput obstipum*) z wyjątkiem poszczególnych przypadków lżejszych leczenie jest wyłącznie chirurgiczne. Polega ono na podskórnem lub otwartem przecięciu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i sąsiednich części miękich z odpowiedniem następowem leczeniem ortopedycznem. Mikulicz zaleca w ciężkich przypadkach częściowe wycięcie tego mięśnia i części miękich.

Choroby kończyn, względnie i zniekształtnienia, wymagające ortopedycznego leczenia, dotyczą przeważnie kończyn dolnych.

Najcięższem i względnie najczęstszem schorzeniem stawu biodrowego jest jego zapalenie (*Coxitis*). W okresach początkowych ograniczamy się na zabiegach przyrody czysto ortopedycznej, mechanicznej. Główne zadanie leczenia, zwłaszcza przypadków ambulatoryjnych, polega na zniesieniu obciążenia, ustaleniu i wyciąganiu stawu biodrowego; uzyskamy to albo za pomocą opatrunku gipsowego ze strzemieniem, obejmującego biodro i kończynę, albo przez założenie przyrządu przenośnego. Ja używam w tym celu wyłącznie przyrządu szynowego Hessinga, składającego się z części miedniczo-biodrowej i kończynowej. Pierwsza znowu składa się z dwu łuków stalowych, z których jeden przebiega ponad kością krzyżową i grzebieniem kości biodrowej, drugi zaś poprzecznie od okolicy kości ogonowej, powyżej krętarzów, ku przedniemu grzebieniowi kości biodrowej, łącząc się z poprzednim z przodu i z tyłu tak, że oba tworzą pas nieprzesuwalny. Część kończynowa składa się z łusek skórzanych dla uda, podudzia i stopy, wykonanych podług modelu kończyny i połączonych ze sobą szynami stalowemi na zawiasach. Obie części, t. j. biodrowa i kończynowa, są ze sobą również połączone szynami stalowemi. Ustalenie stawu daje się tym przyrządem dokładnie uskutecznić; zniesienie obciążenia wykonuje część kończynowa, na której spoczywa miednica, podczas gdy kończyna jest w niej jakby zawieszona. W tych przyrządach, względnie w opatrunkach gipsowych, chorzy muszą chodzić; ropnie należy leczyć odpowiednio, przyczem nie są one przeciwwskazaniem do leczenia ambulatoryjnego. Tylko w razie pojawienia się gorączki należy zalecić leżenie w łóżku.

Już wytworzone przykurczenia leczymy bądź ortopedycznie, bądź też chirurgicznie. Przy sprawach zapalnych n. p. gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, zastosowujemy metodę powolną, wyczekującą. Gdy sprawa zapalna ustąpi, możemy wystąpić energicznie. Do usunięcia tego rodzaju przykurczeń używamy przyrządów Hessinga lub Dollingera, przy przykurczeniach w addukcyi i abdukcyi wyprostowania Lorenza. Wyprostowanie doraźne, zwłaszcza w sprawach gruźliczych, należy stanowczo potępić, albowiem przez nieuniknione w takich razach przerwanie części miękich i więzadeł możemy sprowadzić miejscową sprawę gruźliczą, zropienie stawu, a nawet gruźlicę prosówkową.

Usunięcie przykurczeń zapomocą przyrządu szynowego odbywa się w sposób nader prosty. Przez przyciąganie śrub sprowadza się kończynę w położenie prawidłowe.

Szybciej zdążamy do celu metodą Dollingera i przy pomocy wyprostowania Lorenza. Pierwsza polega na tem, że pacyenta układa się na dwu sztabach żelaznych grubości 1 ctm. w ten sposób, że głowa przypada na skrzyżowanie się sztab, tułów zaś leży na sztabach. Zdrową kończynę układamy na jednej sztabie, chorą zaś z pozostawieniem patologicznego położenia tak umieszczamy na drugiej sztabie, aby kostka wewnętrzna (*malleolus*) przypadała na jej stronę zewnętrzną. Sztaby, krzyżujące się pod kątem 30°—40°, wyścielamy watą, a potem ustalamy je z tułowiem zapomocą opasek gipsowych, następnie zaś zwolna przeprowadzamy chorą kończynę w położenie prawidłowe i natychmiast ustalamy opaskami gipsowemi.

Przy wyprostowywaniu metodą Lorenza wydłuża się skróconą, a skraca się wydłużoną kończynę. Zmodyfikowanego tego przyrządu można użyć do usunięcia przykurczeń w fleksyi.

Wyprostowanie doraźne można zastosować w przykurczeniach stawu biodrowego (Calot, Kirmisson) jedynie po zupełnem ustąpieniu sprawy zapalnej i jeżeli stanowczo da się wykluczyć gruźlica.

To są zwykle używane metody. Przy przykurczeniach wysokiego stopnia zastosowujemy przecięcie części miękich w ranie otwartej, jeżeli inny zabieg jest niemożliwy.

Jeżeli już się wytworzył zrost w stawie (*ankylosis*), wtedy pozostaje nam jedynie zabieg chirurgiczny. Prócz rzadko używanego w stawie biodrowym łamania zrostu posługujemy się różnymi rodzajami osteotomii. Najczęściej wykonujemy osteotomią linijną, a to najlepiej jako „osteotomia pelvitrochanterica," przyczem tam usiłujemy przeciąć zrost, gdzie kość udowa jest zrośnięta z miednicą. Hoffa i Hennequin zalecają dla usunięcia zniekształtnień ze skróceniami kończyny osteotomię linijną skośną. Przecina się w takich razach kość możliwie ukośnie i wśród silnego wyciągania stałego przesuwa ją.

Dalszymi zabiegami są: osteotomia klinowa, czyli raczej resekcya, resekcya dłutkowa podług v. Volkmanna, jako też właściwa resekcya stawu.

(Dok. nastąpi).

II. O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z demonstracyami na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 5 grudnia 1900).

(Ciąg dalszy).

Znamiona morfologiczne enterokoka. Enterokok przedstawia się, jako ziarniak o postaci zwykle zaokrąglonej, niekiedy jednak nieco lancetowatej; występuje w parach, czyli dwoinkach, lub rozmaicie długich łańcuszkach, a odznacza się szczególniej obecnością otoczki, bardzo wybitnej, mianowicie w ustroju zwierzęcym, ale dającej się także często z łatwością stwierdzić w hodowlach.

Chociaż znamienna dla wszystkich paciorkowców wielopostaciowość utrudnia opis i czyni prawie niemożliwem wyszukanie cech, któreby mogły go zasadniczo wyróżnić od pokrewnych rodzajów, to przecież na podstawie dotychcza-

sowych spostrzeżeń czuję się uprawnionym do twierdzenia, że enterokoka w stosunku do pneumokoka cechują nieco może większe wymiary poszczególnych osobników i otoczek, mało wybitny kształt lancetowaty samych ziarniaków i otoczek, lepsza ich barwność, wreszcie większa skłonność zarazka do tworzenia dłuższych łańcuszków, mianowicie na podłożach sztucznych.

Długie łańcuszki powstają zarówno na stałych pożywkach, — szczególnie pierwsze przezemnie otrzymane pokolenia składały się z długich łańcuszków, jak przy zwykłym paciorkowcu, — jakoteż w pożywkach płynnych, np. bulionie z surowicą (p. fotogram 4). W takich dłuższych łańcuszkach przylegają pojedyncze osobniki po dwa nawzajem ściśle do siebie płaskiemi powierzchniami, są przedzielone tylko wązką szczelinką i tworzą w ten sposób dwójki. Odstępy pomiędzy poszczególnemi dwójkami są większe Przy dalszem hodowaniu na pożywkach sztucznych zjawiają się rzadziej łańcuszki dłuższe, a zaczyna przeważać występowanie w samych dwoinkach. Przytem dwa osobniki, tworzące dwoinkę, mogą się stykać powierzchniami wązkiemi i nieco zaokrąglonemi, a powierzchnie ich zewnętrzne mogą być nieco wydłużone i przybrać kształt lancetowaty (p. fotogram 3).

Przy hodowaniu w wysokiej ciepłocie (42° C.) powstają częściowo twory, podobne do prątków. Być może, że zjawianie się podobnych tworów w chorym ustroju, jak u nas w przypadku 3 (p fotogram 2), zależy od obecności stałej i wysokiej gorączki.

Otoczkom zawdzięcza enterokok wielką zdolność do wytwarzania w płynach jednostajnego zmącenia. Otoczki łączą go prawie nierozdzielnie z płynem, w którym jest zawarty i zastępują mu do pewnego stopnia własne ruchy. Są one zatem, według mego zdania, narządami ruchu, których znaczenia nie należy lekceważyć, i powinny być zestawione z wytworami puchowymi pewnych roślinnych nasion, które wiatr ma zanosić na odległe przestrzenie. Stan mleczankowy enterokoka w płynnej pożywce, lub cieczy ustroju zakażonego, np. płynie mózgowo-rdzeniowym, jest tak doskonałym i trwałym, że nawet przez dłuższe centryfugowanie otrzymać można tylko nieznaczny osad, a płyn pozostaje stale mętnym i zawiera drobnoustroje.

Chociaż wzrost przeważnie w pojedynczych osobnikach i dwoinkach, a nie większych skupieniach, długich łańcuszkach, lub zbitych masach, może także mieć znaczenie w powstawaniu stanu mleczankowego płynnych hodowli bakteryj nie posiadających własnego ruchu, to jednak enterokok, ze względu na obecność długich łańcuszków, jak w fotogramie 4-tym, dowodzi, że zasadniczą rzeczą jest tu obecność otoczki. Przez nią dwa, mające tutaj znaczenie czynniki zmieniają się wybitnie: rośnie ogromnie przekrój tworu, a z nim opór, na jaki on napotyka przy przesuwaniu się wśród cieczy, a obniża się ciężar gatunkowy całej masy i zbliża się przez to do ciężaru cieczy otaczającej.

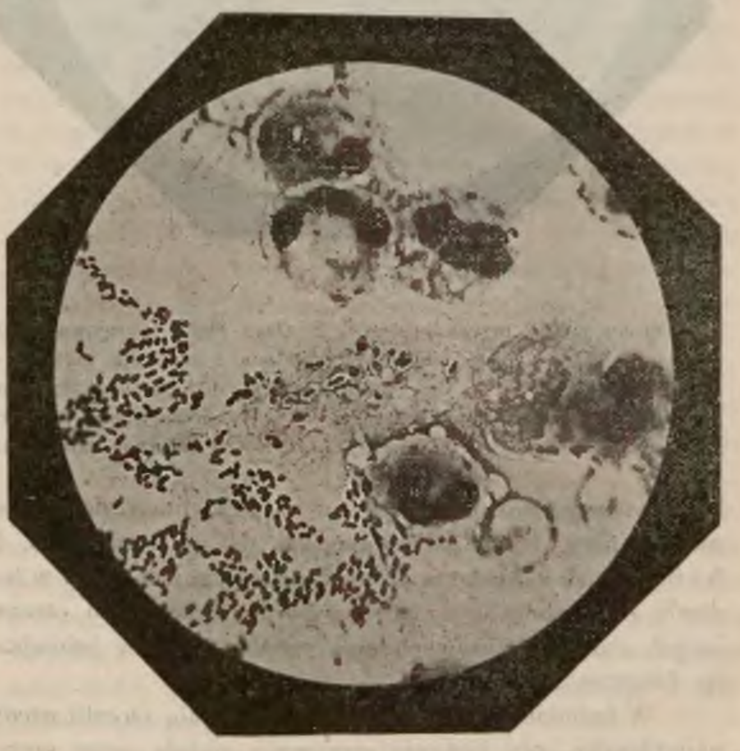
Sądzę, że mogę liczyć na wyrozumiałość czytelnika, jeżeli tutaj, może nie na zupełnie odpowiedniem miejscu, poświęciłem kilka słów znaczeniu otoczki. Sprawa ta jednak w podręcznikach bakteryologii nie jest dostatecznie uwzględniona i stosownie oświetlona. Przytem rozwinięty szczególnie w enterokoku stan tego urządzenia może mi służyć za okoliczność łagodzącą.

Z obecnością otoczek stoi w związku wytwarzanie jakiejś śluzowatej istoty; zaś od obecności otoczek i tej śluzowatej istoty zależy znamienne śluzowate wejrzenie, mianowicie hodowli na agarze z krwią. Osady są tu prawie zupełnie przeźroczyste, gdyż rozprószenie światła w nich jest nadzwyczaj małe.

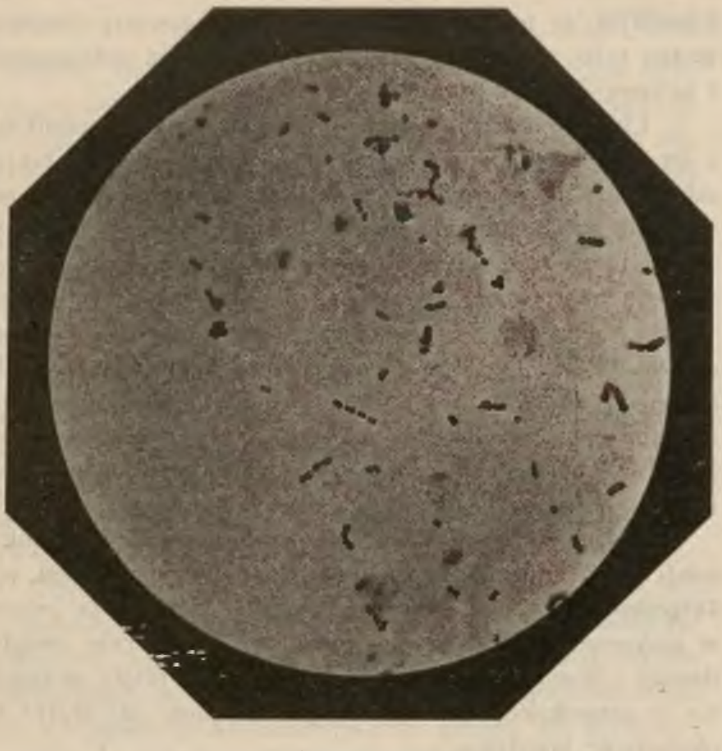
Otoczka okazuje odpowiednio do kształtu ziarniaka postać zaokrągloną, otaczając zaś dwoinkę, może w płaszczyźnie podziałowej okazywać przewężenie (p niektóre dwoinki w fotogramie 5). Jedna otoczka może także obejmować łańcuch rozmaicie długi (p. fotogram 6), albo też widzi się, że w łańcuszku, to osobniki pojedyncze, to dwójki, w innych częściach znów dwie dwójki, mają osobne otoczki (p. fotogram 4). Otoczka jest szerszą i barwi się lepiej, jak u pneumokoka. Z reguły jest ona, przy użyciu zwykłego wysko-



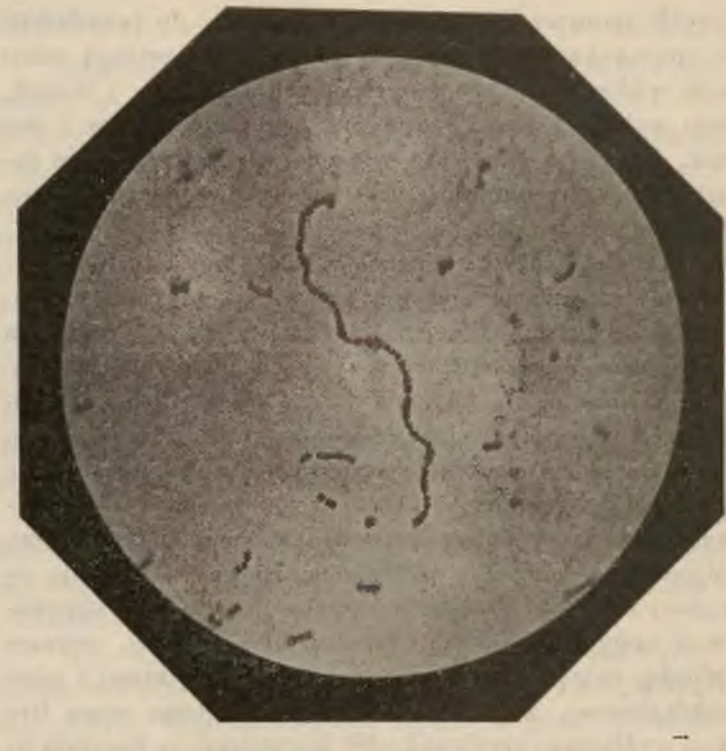
Fotogram 1.



Fotogram 2



Fotogram 3.



Fotogram 4.



Fotogram 5.



Fotogram 6.

L. 1. Stolce z 1-go przypadku. — L. 2. Osad cieczy mózgowordzeniowej w 3-cim przypadku. — L. 3. Czysta hodowla enterokoka na agarze z krwią. — L. 4. Czysta hodowla na bulionie z surowicą ludzką. — L. 5. Krew myszki, padłej na zakażenie enterokokowe. — L. 6. Wysięk otrzewnowy królika, szczepionego enterokokiem podskórnie w okolicy brzusznej.

L. 1. Barwienie sposobem Eschericha. — L. 2—6. Barwienie wyskokowo-wodnym rozczynem fuchsyny. — L. 4 i 5 preparat w wodzie, zresztą w balsamie kanadyjskim. — Powiększenie 1000:1.

kowo-wodnego rozczynu fuchsyny i podgrzaniu aż do zjawienia się pary, lepiej zabarwioną od tła (p. fotogram 3, 4, 5 i 6), jednak zarówno w preparatach rodzimych, jak i w hodowli, szczególnie na agarze krwistym, może wśród otaczających ziarniaki śluzowych mas przedstawiać się jaśniejszą (p. fotogram 2).

W bulionie z surowicą ludzką występują otoczki wtedy najwybitniej, gdy hodowla otrzymaną została przez szczepienie bezpośrednie krwi padłego zwierzęcia. Także w hodowli mlecznej są otoczki bardzo wyraźne, najbardziej zaś niestale rozwijają się na stałych pożywkach.

W z r o s t n a p o ż y w k a c h. Warunki wzrostu na sztucznych pożywkach niewiele wyróżniają enterokoka od pneumokoka. Świeżo otrzymany rośnie on w ciepłocie 30—43° C. tylko na pożywkach, zawierających niewiele zmienione ciecze ustroju: na agarze krwistym i surowiczym, surowicy wo-

łowej, bulionie z dodatkiem $^1/_3$ surowicy ludzkiej (z puchliny brzusznej, lub z wodniaka) i na mleku. Przez dłuższe hodowanie można jednak otrzymać wzrost i na zwykłym agarze, żelatynie (w postaci drobniutkich kropek wzdłuż kanału wkłócia), podobnie wzrost przy niższej, wreszcie i pokojowej ciepłocie. Z tem łączy się jednak osłabienie, a wreszcie zupełna utrata chorobotwórczych własności. Próby wzrostu przy rozmaitej ciepłocie robiono z agarem krwistym, na którym wzrost enterokoka jest najbujniejszym. W ten sposób granica mogła być oznaczoną dosyć ściśle. Najlepszy wzrost otrzymywano w ciepłocie ciała ludzkiego.

Osady na powierzchni skośnie ściętego agaru są początkowo małe, płaskie i prawie zupełnie przeźroczyste; mogą też być bardzo łatwo przeoczone. Przy dalszem hodowaniu, mianowicie na agarze krwistym, otrzymuje się wzrost coraz obfitszy i wtedy zaznacza się wyraźna różnica między enterokokiem, a pneumokokiem, hodowanym równoległe w tych samych warunkach. Osady enterokoka są płaskie, mają skupienie śluzowe, dają się nawet niekiedy wyciągać w krótkie nitki, mają skłonność do zlewania się i są prawie zupełnie przeźroczyste. W świetle odbitem można je zauważyć tylko, jako nierówność powierzchni; w świetle przepuszczonem na jasnem tle, np. nieba, znikają prawie zupełnie, a najlepiej występują, jako szare kropki lub naloty w świetle przepuszczonem na tle ciemnem. Pneumokok tworzy osady bardziej suche, bardziej światło rozpraszające, ztąd mniej przeźroczyste, w świetle odbitem białawo-szare, w świetle przepuszczonem na jasnem tle brunatnawe, przytem bardziej wypukłe, ściślej odgraniczone i nie tak łatwo zlewające się. Osady enterokoka przypominają osady innych bakteryj otoczkowych, jak prątka Friedländerowskiego, prątka twardzielowego i *bact. lactis aërogenes.*

W płytce agarowej powierzchowne osady są płaskie, przeświecające, o zarysach niewyraźnych, lekko ziarniste. Głębokie są okrągławe albo osełkowate, mniej przeźroczyste i więcej ziarniste.

Bulion z surowicą ludzką okazuje jednostajne zmącenie po 12—24 godzinach, osadu niema prawie żadnego. Jeszcze silniejszym bywa wzrost na słabo alkalicznym bulionie cukrowym z $^1/_3$ surowicy ludzkiej. Jednak często już po 24 godzinach można tu stwierdzić zupełną utratę przeszczepialności i działania chorobotwórczego na zwierzęta tak, że do doświadczeń na zwierzętach nadają się tylko hodowle 8-12-godzinne.

Przy użyciu mleka początkowo nie otrzymywałem krzepnięcia Mogłoby to posłużyć do odróżnienia od pneumokoka. W miarę jednak coraz lepszego wzrostu na pożywkach sztucznych pojawiła się także zdolność do ścinania mleka w przeciągu 2—4 dni i nie ustępowała nawet przez przeprowadzenie hodowli przez zwierzę.

Przeszczepialność na pożywkach stałych utrzymywała się od 1-go do 5-ciu dni. Szybciej wygasała w pożywkach płynnych.

D o ś w i a d c z e n i a n a z w i e r z ę t a c h. Najbardziej wrażliwemi na zakażenie enterokokowe okazały się myszki białe. Wstrzyknięcie podskórne hodowli surowiczo-bulionowej, nawet w ułamkach mg., podobnie wkłócie pod skórę igiełki, zwilżonej taką hodowlą, lub krwią zwierzęcia padłego, sprowadzało śmierć zwierzęcia szczepionego w ciągu 1—2 dni, wyjątkowo po $3^1/_2$ dniach, z reguły po 36-ciu godzinach. W miejscu szczepienia znachodzi się wtedy wysięk śluzowy nakropiony niekiedy wynaczynionkami. Często, niewątpliwie skutkiem szerzenia się sprawy *per continuitatem.* można także napotkać śluzową wypocinę w otrzewnej. Gdy się otrzewnę obrało za miejsce szczepienia, to się ją znachodzi przyćmioną, nastrzykaną, a jamę otrzewnową wypełnioną dość obfitą, mętną, śluzową, ciągnącą się w nitki cieczą. Śledziona jest mało obrzękła i miękka; inne narządy bez zmian. Wysięki śluzowe roją się (porównaj fotogram 6 z królika) od dwoinek otoczkowych. Znajdujemy je także we krwi (p. fotogram 5), ale zakażenie krwi nie dosięga nigdy tego stopnia, co przy pneumokoku.

Szare myszki, o ile się zdaje (mogłem użyć tylko osłabionych hodowli (p. n.), są wiele odporniejsze. Potrzeba większej ilości i trzeba szczepić śródotrzewnowo, żeby otrzymać wynik dodatni. Zakażenie krwi jest mniejsze, zresztą obraz ten sam.

Króliki są prawie zupełnie niewrażliwe na ściśle śródżylne szczepienie. Można wstrzykiwać młodym królikom wagi około 900 grm. wielkie ilości, do 3 ctm³ 12—24-godzinnej hodowli surowiczo-bulionowej, bardzo skutecznej u myszek i królików przy szczepieniu podskórnem, — i nie otrzymać innego wyniku, oprócz krótkotrwałej gorączki i wychudnięcia. Jeden raz tylko, mianowicie po szczepieniu śródżylnem 0·5 ctm³ cieczy mózgowo-rdzeniowej z przypadku 3. spostrzegano śmierć zwierzęcia po 23 dniach skutkiem charłactwa. Śmierci, wywołanej czystą ostrą posocznicą, nie udało się sprowadzić nawet przez szczepienie znacznej ilości (0·2 do 0·4 ctm³) krwi posoczniczej, otrzymanej ze zwierzęcia, padłego na miejscowe sprawy zapalne enterokokowe, gdy tymczasem krew posocznicza, zawierająca pneumokoka, nawet w znacznie mniejszych ilościach (0·005 ctm³), a zresztą w tychsamych warunkach zabijała królika w przeciągu 12-tu godzin, skutkiem rozwinięcia się posocznicy wysokiego stopnia.

Okazało się jednak, że jeżeli przy szczepieniu śródżylnem część hodowli dostanie się poza żyłę, lub jeżeli się wstrzykuje odrazu podskórnie, wtedy w miejscu szczepienia powstaje zapalenie tkanki podskórnej *(phlegmone)* z wysiękiem prawie czysto śluzowym, bez domieszki ropy, nakropionym tylko niekiedy wynaczynionkami. Zapalenie to szybko zwykle szerzy się na sąsiednie okolice, zmienia ogromnie wejrzenie zwierzęcia, i sprowadza śmierć po 3—7 dniach. W wysięku znajdują się obficie dwoinki otoczkowe, rzadziej krótkie łańcuszki otoczkowe, a i krew przedstawia wtedy obraz miernej posocznicy. Miejscowa sprawa zapalna nie musi ograniczać się jedynie do tkanki podskórnej. Po szczepieniu w okolicy brzucha spostrzegałem bowiem powstanie zapalenia otrzewnej (tosamo widzieć można u myszek i świnek morskich), a sprawa kończyła się śmiercią zwierzęcia, szybciej, niż zwykle, bo w 36 godzin (porów. fotogram 6). Jeszcze szybciej sprowadza śmierć zakażenie bezpośrednie samej otrzewnej, gdyż w przeciągu 12 godzin.

U zwierząt padłych nie stwierdzano obrzęku śródpiersia (reguła przy pneumokoku), ani zmian gołem okiem dostrzegalnych w płucach, wątrobie, nerkach, lub przewodzie pokarmowym. Śledziona była podobnie, jak u myszek, mało obrzękła i miękka. Muszę jednak wspomnieć, że spostrzegałem także duży, twardy, włóknikowy obrzęk śledziony, a mianowicie wśród następujących okoliczności.

Z królika, który padł 27 listop. zebrano krew z serca

do wyjałowionych rurek, celem przechowywania enterokoka, jak to dla pneumokoka i meningokoka lancetowatego zalecił Foà [14]). Rurki zatopiono, przez 20 godzin trzymano w cieplarce, a następnie przez trzy tygodnie w piwnicy. Dnia 18 grudnia zaszczepiono tę krew na bulion surowiczy, a nazajutrz przystąpiono do doświadczeń na zwierzętach. Królik, który dostał 1 ctm³ hodowli surowiczo-bulionowej do żyły, a 1·5 ctm³ pod skórę ucha, nie okazywał oprócz nieznacznego obrzęku ucha, żadnych wybitniejszych objawów chorobowych. Mysz biała, która dostała 0·001 podskórnie, pozostała przy życiu. Druga, której wstrzyknięto podskórnie 0·02, pada po 36 godzinach. Obraz u niej zwykły, tylko w wysiękach, krwi i śledzionie dość znaczna ilość ziarniaków nagich, obok otoczkowych, a śledziona duża i twarda. Przez zaszczepienie krwi tej myszki otrzymano znów hodowlę surowiczo-bulionową, którą użyto do doświadczeń 23-go grudnia. Szara mysz dostaje 0·5 ctm³ śródotrzewnowo; pada po 12 godzinach, w miejscu szczepienia pod skórą mały ropień o treści śluzowo-ropnej, zapalenie otrzewnej, skąpe zakażenie krwi, śledziona twardawa. Druga szara mysz, która dostała 0·5 ctm³ podskórnie, — i biała, która dostała 0·3 ctm³ podskórnie, nie okazały oddziaływania. Zaś biała myszka, która otrzymała tylko 0·005, padła po 36 godzinach. Obraz — jak u białej, padłej poprzednio. Królik dostaje 1·5 ctm³ do żyły, 1 ctm³ pod skórę ucha. Pada po $2^1/_2$ dniach. Mierne zapalenie tkanki podskórnej ucha z wysiękiem śluzowo-ropnym, jakiego się nie stwierdza przy użyciu hodowli o pełnej jadowitości, obrzęk nieznaczny na twarzy i szyi około gruczołów chłonnych, ślad obrzęku śródpiersia. Śledziona duża, twarda, krucha, z ogniskami martwiczemi, zawierająca sporo dwoinek. W wysięku podskórnym ziarniaki pojedyńcze, dwoinki i łańcuszki przeważnie bezotoczkowe, we krwi i śledzionie przeważnie otoczkowe, ale otoczki mniej dobrze wykształcone, niż zwykle, przytem częściej napotyka się łańcuszki 4—6 członkowe, a nawet napotkano we krwi jeden łańcuszek około 12-ogniwowy z dość dobrze rozwiniętą otoczką.

Wszystką krew, którą można było otrzymać ze serca tego zwierzęcia w sposób jałowy, zaszczepiono 26 grudnia w ilości 0·4 ctm³ drugiemu młodemu królikowi do żyły. Jak zawsze, tak i w tym przypadku, zwierzę pozostało przy życiu (do 1. I. 1901).

Z krwi poprzedniego królika otrzymano jeszcze hodowlę surowiczo-bulionową, którą w ilości 2·5 ctm³ wszczepiono śródotrzewnowo kotu rocznemu. Wynik, jak dotąd, zupełnie ujemny, coby, bądźcobądź, świadczyło o znacznej odporności kota przeciw zakażeniu enterokokowemu.

Ogółem biorąc, należy stwierdzić, że przez przechowywanie w postaci krwi posoczniczej, chorobotwórczość enterokoka nietylko znacznie się obniża, ale zmienia się także jakościowo.

Jak wiadomo, Foà [14]) uważa powstawanie włóknikowego, twardego, dużego obrzęku śledzionowego za cechę, odróżniającą zakażenie meningokokowe (meningokok lancetowaty) od pneumokokowego, przy którem powstaje mały i miękki obrzęk. Z poprzedniego wynika że inny znowu rodzaj dwoinki lancetowatej może w różnych warunkach wywołać raz jeden, drugi raz drugi rodzaj obrzęku. Jednak wobec tego, że Foà otrzymał u zwierząt dla każdego ze swych rodzajów swoistą odporność, istnienia tych dwóch rodzajów zaprzeczać nie można. (Dok. nast.)

III. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira.*

(Ciąg dalszy).

Z tego wszystkiego wynika jasno wielka doniosłość kalectwa głuchoty, fatalne i zgubne jej następstwa dla rozwoju i stanu umysłowego osób, nią dotkniętych. Znaczenie głuchoty jest tem większe, skutki jej tem okropniejsze, w im wcześniejszym wieku kalectwa tego nabyto Podczas bowiem gdy człowiek, ulegający głuchocie w późniejszym wieku, miał sposobność nabyć pewnego zasobu słów i myśli, osiągnąć pewien stopień rozwoju umysłowego i zdobyć sobie pewne stanowisko, głuchy z urodzenia, albo dotknięty głuchotą w wczesnym wieku, zostaje pozbawiony możności kształcenia się, pozostaje umysłowo nierozwinięty; sposób jego myślenia, rozumowania i wnioskowania zawsze będzie spaczony i upośledzony, a stopień inteligencyi zatem nizki, szczątkowy; w dodatku do takiej wcześnie nabytej głuchoty bardzo często dołącza się i niemota. Nie wszyscy bowiem głuchoniemi są jako tacy z urodzenia: dziecko mówiące, utraciwszy słuch w wczesnym wieku, zapomina słów mu znanych, staje się głuchoniemem i następnie także obojętnem na otoczenie, tępem i głupowatem. Głuchota, nabyta w pierwszych 4 latach życia, pociąga zawsze za sobą niemotę; w nabytej zaś w 4—7 roku może się udać u dzieci inteligentnych, przez stosowne ich traktowanie, zapobiedz niemocie; ogłuchnięcie po 7 roku życia rzadko tylko sprowadza niemotę. Już starożytni Spartanie kalectwo to uważali za tak wielkie, że w głuchoniemych widzieli tylko potworów, niezdolnych do życia i jako bezużytecznych dla Rzeczypospolitej skazywali na śmierć.

Co do częstości tego kalectwa, to według Hartmanna, który zestawił stosunek 246 milionów mieszkańców do 191,000 głuchoniemych, przeciętnie wypada 7.77 głuchoniemych na 10.000. Każde państwo liczy całą armię takich nieszczęśliwych.

Stosunki te uwidocznia dołączona tablica.

Państwa	Rok	Liczba głuchoniemych	L. głuchoniemych na 100.000 mieszkańców	Stosunek głuchoniemych mężczyzn do kobiet
Europa:				
Szwajcarya	1870	6.544	245	
Baden	1871	1.784	122	100:89
Austrya	1890	27.618	116	100:79
Szwecya	1895	5.307	116	100:90
Alzacya i Lotaryngia	1871	1.724	111	100:76
Wirttembergia . . .	1861	1.910	111	100:87
Węgry	1890	19.024	109	100:84
Norwegia	1891	2.139	106	100:81
Irlandya	1891	4.464	106	100:87
Prusy	1880	27.794	102	100:83
Finlandya	1880	2.098	102	100:77
Bawarya	1871	4.381	90	100:94
Portugalia	1878	3.109	75	100:73
Grecya	1879	1.085	65	
Dania	1890	1.411	65	100:89
Francya	1876	11.460	58	100:87
Saksonia	1890	1.994	57	100:85
Szkocya	1881	2.142	57	100:86
Włochy	1881	15.300	54	100:76
Anglia	1891	14.112	50	100:83
Hiszpania	1877	4.625	46	100:65
Belgia	1875	1.208	43	100:89
Holandya	1889	1.977	43	100:81

Państwa	Rok	Liczba głuchoniemych	L. głuchoniemych na 100.000 mieszkańców	Stosunek głuchoniemych mężczyzn do kobiet
Ameryka:				
Stany Zjednoczone Ameryki północnej .	1890	41.283	66	100:81
Kanada	1861	4.819	100	100:86

Ostatni spis ludności w Rosyi wykazuje 200,000 głuchoniemych (Heiman). Zestawienia te uwidoczniają różne stosunki w różnych krajach, a szczególnie, że w krajach górzystych głuchoniemota jest znacznie częstszą, niż na nizinach Z różnych prowincyj austryackich wypada najwięcej w krajach alpejskich, a mianowicie na 10,000 mieszkańców przypada głuchoniemych w Karyntyi 44.1, w Salcburgu 27.8, w Styryi 20,0, podczas gdy dla całej Austryi wypada przeciętnie tylko 11.6‰ (11.6 na 10.000). Podobne stosunki wykazują inne kraje. Różnice te odnieść należy do różnych warunków higienicznych, zdrowotnych i społecznych, szczególnie zaś do różnej częstości chorób zakaźnych w różnych krajach i okolicach, z czego wynika wpływ tych warunków na pojawienie się tego cierpienia. Ze wszystkich przez siebie badanych chorych na uszy rekrutów znalazł Heiman 75 niezdolnych zupełnie do służby wojskowej z przyczyny rozmaitych poważnych cierpień narządu usznego.

Co do wieku dziecięcego, to można w ogólności twierdzić, że upośledzenie słuchu u dzieci jest znacznie częstsze, niż się zwykle przypuszcza. Na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Filadelfii Blake wykazał, jak niesłychanie często zdarza się niedosłyszenie w szkołach i zakończył usilnem wezwaniem do szukania środków i sposobów dla ułatwienia nauki dzieciom, tą wadą dotkniętym. W ogóle można powiedzieć, że ze 100 uczniów, 15—20 nie jest w stanie spisać poprawnie dyktat, wypowiedziany głosem donośnym na odległość 6—8 metrów. Reichert w Rydze zbadał 1.055 dzieci od 7—15 r. życia i znalazł u 22% mniej lub więcej znaczne upośledzenie słuchu. Samuel Sexton — 13% na 575, a Nawel 25.5% na 491 dzieci. Weil natomiast stwierdził niedosłyszenie u 30%, Gellé u 20—25%, a Bezold, badając w szkołach monachijskich 1918 dzieci, napotkał wadę tę w 25.8% Statystyka Mourea, ogłoszona w „Revue sanitaire de Bordeaux" obejmuje 4780 dokładnie zbadanych uczniów, z których 17% okazywało słuch wadliwy. Jankelewitch przytacza statystykę z „Conseils de revision" w Francyi, z której wynika, że z 305,925 uczniów zostało wyłączonych z nauki regularnej 29.743. a z tej liczby przypada 1,396 wykluczonych z powodu głuchoty.

Niestety, lżejsze stopnie niedosłyszenia u dzieci zbyt często bywają niespostrzeżone prze otoczenie. Dopiero w szkole odczuwa uczeń swe ciężkie kalectwo. Ileż to dzieci, niezdolnych powtórzyć słów nauczyciela, albo źle piszących dyktat, uznanych bywa przez rodziców i nauczycieli za nieuważnych, roztargnionych, leniwych, niedbałych, niezdolnych, a nawet za głupkowatych lub złośliwych i t. p., a będących w istocie tylko niedosłyszącymi. Zamiast, ażeby je podano stosownemu leczeniu lekarskiemu, nieszczęśliwe te istoty przechodzą prawdziwe męczeństwo, podlegają niezasłużonym i najczęściej ubliżającym lub nawet dotkliwym karom Rozumie się, że te wszystkie sposoby rzekomo pedagogiczne nie mogą polepszyć postępu i rozwoju dziecka, jak długo ono nie zdoła słyszeć wyraźnie słów nauczyciela; owszem, takie z nimi postępowanie pogarsza jeszcze stan rzeczy, rodząc u dziecka zniechęcenie, rozgoryczenie, a czasem w końcu nieposłuszeństwo i krnąbrność. A przecież możnaby temu wszystkiemu zapobiedz przez poddanie takich dzieci umiejętnemu badaniu lekarskiemu i następowemu obraniu odpowiedniego kierunku pedagogicznego. Wogóle, nim się zawyrokuje o przyszłości i zdolności umysłowej dziecka, należy poddać dokładnemu badaniu jego oczy i uszy i użyć wszelkich środków, którymi sztuka lekarska rozporządza, by się przekonać, czy dziecko nie ulega jakiej wadzie organicznej, a to w celu, aby nie dopuścić, by ono padło ofiarą choroby, która będąc przeoczona i zaniedbana w początku staje się później nieuleczalną Słusznie powiedział Troeltsch: „Przyszłość moralna i umysłowa dziecka zawisła od stanu czynnościowego jego uszu". Jaskrawy przypadek takiego zapoznania choroby u dziecka, dotkniętego wybujałościami gruczołowatemi w jamie nosowo-gardzielowej, przytacza Cozzolino.

Stwierdziwszy wadę słuchową u dziecka, należy w pierwszym rzędzie starać się przez stósowne postępowanie i ćwiczenia przeszkodzić temu, żeby dziecko, które już umiało mówić, nie zapomniało mowy, straciwszy słuch, czyli, żeby się nie stało głuchoniemem. Ale nietylko niemocie, lecz samejże głuchocie dałoby się w znacznej części przypadków zapobiedz, gdyby chore dziecko od początku poddano systematycznemu i celowemu leczeniu. Jak dalece zbawienną działalność w tym względzie rozwinąćby można, najdowodniej to się wyjaśnia, gdy zwrócimy uwagę na najważniejsze przyczyny głuchoty i na wyniki dokładnych badań głuchych dzieci. Doświadczenie uczy, że obok chorób mózgowych najczęstszą przyczynę tego kalectwa, w dzieciństwie nabytego, są choroby zakaźne i wikłające sprawy ropne w narządzie słuchowym. Według Heimana 5—10% wszystkich cierpień ucha, 12—28% ropotoków usznych i 42% głuchoniemoty w ogóle, jest następstwem płonicy. Drugie miejsce po płonicy zajmuje błonica; nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych daje największą liczbę głuchych i głuchoniemych, bo 50%. Gorączka powrotna wikła się w 8% z chorobami usznemi; ospa daje 0.2 1.6% chorych na uszy; tylko niewielki odsetek tych cierpień przypada na krztusiec, różę, zakażenie zimnicze, zapalenie płuc, gruźlicę, zołzy, kiłę i inne choroby ogólne.

Według statystyki Barnicka pierwsze miejsce między przyczynami nabytej głuchoty zajmują zapalenia ucha środkowego (30 9%). Wszystkie statystyki zresztą zgodnie wykazują, że znaczny odsetek nabytej głuchoniemoty odnieść należy do chorób ucha środkowego, przebytych w dzieciństwie w następstwie chorób zakaźnych. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Frage der Volksheilstätten von Dr. Hans Weicker. Görbersdorf 1901

Jest to 5 te z rzędu sprawozdanie roczne z ludowego Sanatoryum dla suchotników Dr Weickera w Görbersdorfie za 1899. Sanatoryum powyższe składa się obecnie z 16 od siebie oddzielonych domów, które mogą pomieścić razem 280 chorych. W roku 1899 leczyło się ogółem 1058 chorych, z których każdy przebywał przeciętnie 12 tygodni w Zakładzie. Chorych przeważnie z klasy robotniczej nadsyłały Kasy chorych, towarzystwa ubezpieczające na rentę, małą tylko cząstkę (137) stanowili niezamożni prywatni Autor przedstawia obszernie sposób zarządzania tego rodzaju zakładem, obchodzenie się z chorymi, które to doświadczenia i dla nas będą aktualne, jeżeli kiedyś w przyszłości i u nas sanatorya ludowe wejdą w życie Ze szczegółów pojedynczych wypada zaznaczyć, że autor w roku 1899 wypuścił 72,9% chorych jako zdolnych do pracy zawodowej, a między innemi, mierzenie długości ciała przekonało go, że skłonność do krwotoków płucnych jest tem większą, im większa jest długość ciała. *W. J.*

V. Wyciągi.

Baumgarten. **Przyczynek do etyologii pierwotnej marskości nerek.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 1). W ostatnich 30 latach namnożyło się prac, rozróżniających coraz to nowe postacie zmian w nerkach z niewielką zresztą korzyścią dla prakty-

cznej medycyny, ponieważ klinicznie wiele tych postaci nie przedstawia żadnych cech właściwych. Dlatego autor zaleca do klinicznych celów następujący podział Eulenburga: 1) Zaburzenia w krążeniu (niedokrwienie i przekrwienie). 2) Zwyrodnienie skrobiowate. 3) Rozlane zmiany w nerkach: a) zapalenie ostre, b) zmiany chroniczne α) przeważnie miąższowe z marskością następową, β) przeważnie międzymiąższowe, czyli t. zw. pierwotna marskość nerek (primäre Schrumpfniere) włącznie z marskością na tle stwardnienia tętnic. Ponieważ ostatnia postać coraz częściej się zdarza, przeto zarówno ze względu na jej leczenie, jak i zapobieganie, warto dokładniej zbadać jej przyczyny. B. zmierza do tego celu zapomocą statystyki, złożonej z 220 przypadków pierwotnej marskości nerek, a zebranej w II klinice lekarskiej w Berlinie. Z zestawienia tego wynika, że pierwotną marskość nerki spotyka się znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet (2,42:1) i to najczęściej między 40 a 65 r. ż. W wielu przypadkach nie można stanowczo wykazać, jakie wpływy szkodliwe były główną przyczyną choroby, a to z tego powodu, że ciągnie się ona nieraz niepostrzeżenie oddawna i dokładnych wywiadów u późno zgłaszających się chorych zebrać nie można. Dopiero w nowszych czasach zwrócono uwagę na to, że między przyczynami pierwotnej marskości nerek odgrywać mogą rolę wpływy dziedziczne. Pel n. p. ogłosił 18 przypadków tej choroby w 3 pokoleniach jednej rodziny. B. spotkał 7 przypadków, w których żadnej innej przyczyny, prócz dziedziczności, nie można było wykazać; w 17 dalszych przypadkach wykazano prócz dziedziczności nadużywanie wyskoku i kiłę, w 16 innych istniały u rodziców chorych gościec, dna i opilstwo. Dziedziczność może być albo niejako bezpośrednia, jeżeli sprawa w nerkach rozwija się jeszcze w łonie matki (przypadek Weigerta), lub wnet po urodzeniu, lub może polegać tylko na przekazaniu potomstwu usposobienia do marskości nerek, co oczywiście nie pozbawione jest znaczenia praktycznego. Wiedząc o usposobieniu dziedzicznem, można starać się o usuwanie wpływów, szkodliwie działających na nerki. — Z chorób ustrojowych odgrywa niemałą rolę w pierwotnej marskości nerek — dna: w Anglii, gdzie dna jest bardzo pospolitą, nazywają pierwotną marskość wprost dną nerek (Gichtniere); w Niemczech postać ta jest rzadszą: B. stwierdził ją 9 razy, przyczem 5 razy obok tego wykazano nadużywanie wyskoku. — Daleko częstszą przyczyną marskości nerek w Niemczech jest ołowica, niesłusznie zresztą uważana za najczęściej zdarzającą się u zecerów. Z 1148 chorych na ołowicę, leczonych w szpitalach pruskich w r. 1895, przeważną część (po 30%) stanowili robotnicy fabryczni i malarze, zecerzy zaś zaledwo 2%. Z 33 przypadków nerki ołowiczej, zebranych przez B., przypada najwięcej, bo 16, na malarzy; w 3 przypadkach istniała obok tego dna, która, zdaniem niektórych autorów, może być następstwem samejże ołowicy, a więc i w tych trzech przypadkach mogłaby być uważaną nie za przyczynę, ale za sprawę współrzędną z marskością nerek. — Nadużywanie wyskoku, jako niewątpliwą przyczynę pierwotnej (a nie następowej) marskości nerek znalazł B. w 61 przypadkach. Najszkodliwszem zdaje się być nadużywanie wódki (30 razy), mniej piwa (18), najmniej wina. Przypuszczanego przez niektórych autorów związku cukrzycy z pierwotną marskością nerek nie mógł B. stanowczo stwierdzić, gdyż spotkał tylko 2 razy zbieg obu tych spraw, przyczem w jednym z tych przypadków wykazano opilstwo, w drugim kiłę. Co do tej ostatniej, to częstość jej, jako przyczyny pierwotnej marskości, trudno obliczyć z powodu częstego zwyrodnienia skrobiowatego nerek, wywołanego przez kiłę, a wikłającego się z marskością. Czystych przypadków marskości (bez zwyr. skrob.) na tle kiły stwierdził B. 20, coprawda w połowie wykazano także i opilstwo, a w 6 dalszych rozpoznanie przebytej kiły nie było pewne; niewątpliwych więc przypadków kiły, w których rozwinęła się „pierwotna" marskość, pozostaje tylko 4. — Związek pierwotnej marskości z zimnicą, niekiedy podawany, wydaje się B. bardzo niepewny: tylko w 2 przypadkach możnaby było związek ten przypuszczać, ale jeden z tych chorych nadużywał wyskoku, drugi zaś narażony był bardzo na szkodliwe wpływy atmosferyczne. — Co do stosunku t. zw. „pierwotnej" marskości nerek do stwardnienia tętnic, to pod tym względem jest autor bardzo liberalny, przyjmując wszystkie 3 możliwości: albo miażdżyca jest przyczyną marskości nerek, albo odwrotnie, lub wreszcie obie sprawy mogą być równorzędnymi skutkami jednej wspólnej przyczyny. Wskutek tego, że stwardnienie tętnic jest częste w wieku starszym, a i pierwotna marskość nerek według badań autora najczęściej zdarza się od 40 do 65 r. ż., zbiegają się obie sprawy nader często ze sobą; liczb dokładnych jednak autor nie podaje.

Pracę swą kończy autor krótkiemi wskazówkami rozpoznawczemi: pierwotna marskość odznacza się obfitem moczeniem z niskim cięż. gatunk., skąpym osadem, małym lub nawet chwilowo żadnym białkomoczem, brakiem niedokrwności i obrzęków, podniesieniem się parcia tętniczego, przerostem lewej komory; marskość następowa zaś wysokim cięż. gat. moczu, znacznym białkomoczem i osadem, wczesną niedokrwnością, późnem wzmożeniem się parcia krwi po wystąpieniu znacznych obrzęków. Zwyrodnienie skrobiowate odróżnić trudniej: rozpoznanie opiera się tu zwykle na wykazaniu zmian w innych także narządach. Małych stopni zwyrodnienia skrob., powikłanych z marskością nerki, wogóle rozpoznać niepodobna.

Ciechanowski.

Prof. Lewin (Berlin). **Wymioty po zastosowaniu chloroformu, oraz innych leków znieczulających wziewanych. Sposób zapobiegania im.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 2, 1901). Zważywszy, że wymioty są tylko następstwem chloroformu, który przez połykanie dostał się do żołądka i tu drażni błonę śluzową, jasną jest rzeczą, że środki zapobiegawcze winny być skierowane jedynie na błonę śluzową żołądka. Jeśli czczość żołądka, praktykowaną w wielu zakładach przed usypianiem i nadmierną wrażliwość tego narządu u niektórych osobników zostawimy na boku, pozostaną tylko dwie drogi, zdolne powstrzymać miejscowe działanie, względnie drażnienie, chloroformu: 1) znieczulenie nerwów żołądkowych, pośredniczących w odruchach i 2) zapobiegawcze nakrycie błony śluzowej żołądka istotami, uniemożliwiającemi lub zmniejszającemi zetknięcie się chloroformu z błoną śluzową. Znieczulenie można otrzymać w pierwszym rzędzie kokainą w rozczynie 0·05—0·1:500; błona śluzowa, nasiąknąwszy 300—500 ctm.³ tego płynu, zostaje należycie ubezwładniona, a tem samem cel osiągnięty. Do środków drugiej kategoryi zalicza autor istoty śluzowate, względnie liposoki (gumy), jak: arabinę, liposok arabski, tragankowy (1—2:100—200 wody), lub salep (1—2:100), wreszcie ślaz. Wynik takiego postępowania zależy oczywiście od jak najdokładniejszego pokrycia tymi środkami błony śluzowej żołądka, celem powstrzymania bezpośredniego zetknięcia się z chloroformem. *Dr. Henryk Pisek.*

Bocher (Berlin). **Oznaczenie dolnej granicy żołądka przy pomocy Röntgenowskiego prześwietlania.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 2, 1901). Po ustawieniu chorego plecami do przyrządu, przystosowanego do wysokości badanego żołądka, wprowadza się do tego ostatniego rozczyn (5:100) podazotynu bizmutowego *(bismuth. subnitr.)* zapomocą wielkiej rury zgłębnikowej. Prześwietlenie teraz dokonane wykazuje dokładnie, że koniec rury zgłębnikowej jest otoczony ciemną plamą, t. j. rozczynem bizmutu, który, wydostawszy się z zgłębnika, osiadł na dnie żołądka, wskazując tem samem dolną jego granicę. *Dr. Henryk Pisek.*

Pilcz (Wiedeń). **Przypadek psychicznej padaczki, uleczonej zabiegiem operacyjnym.** *(Wiener klin. Rundschau,* Nr. 1, 1901). Na oddział umysłowo chorych oddano 17-letniego młodzieńca, cierpiącego na napady padaczkowe z czasową utratą poczytalności. Ponieważ bliższe badanie wykazało bliznę na czole chorego, bolesną bardzo przy lekkim już dotyku, postanowiono ją usunąć w mniemaniu, że napady padaczkowe ustąpią. Tak się też stało: napady jedynie wracały, skoro chory zdołał skrycie napić się jakiegoś napoju wyskokowego. Na podstawie tego przypadku twierdzi autor, że osobnikom, skłonnym do padaczki, należy bezwzględnie zabronić używania trunków gorących, powtóre, że można uleczyć psychozę drogą operacyjną, bez żadnych innych środków wewnętrznych. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. P. Colombini (Sassari). **O zachowaniu się śledziony w kile nabytej.** *(Archiv. f. Dermatologie und Syphilis Band LI — 2 Heft,* 1900). Sprawa, jak zachowuje się śledziona, zwłaszcza w okresie pierwszego wybuchu kiły drugorzędnej, ma swą obszerną literaturę; wyniki jednak prac, podjętych w celu wyświetlenia tej sprawy, różnią się tak dalece, że gdy niektórzy (Quinquaud i Nicolle) w wczesnej kile drugorzędnej znachodzili śledzionę stale powiększoną, inni (Wolfert, Wewer, Bruhns) stwierdzić to mogli tylko w bardzo małym odsetku (3—12%). Zdaniem autora, te różne wyniki pochodzą ztąd, że jedni autorzy tylko wtedy przyjmowali obrzęk śledziony, gdy ta była macalną, drudzy i wtedy, gdy stwierdzić go mogli jedynie przez wykazanie stłumienia, pochodzącego od śledziony powiększonej; nadto różni autorzy badali ją w różnych okresach kiły pierwszo- i drugorzędnej. Colombini na podstawie 48 przypadków, badanych w tym kierunku, doszedł do następujących wyników: Śledziona w kile nabytej u płci obojga zawsze ulega powiększeniu, ale dopiero na krótki czas przed wybuchem kiły drugorzędnej na skórze i błonach śluzowych; powiększenie to wzrasta w miarę przybywania objawów ogólnych, zmniejsza się, gdy te objawy się zmniejszają, — znika zaś, gdy objawy ogólne pry leczeniu ustąpiły. W czasie, gdy do objawów ogólnych jeszcze nie przyszło, t. j. gdy istnieje dopiero zmiana pierwotna i obrzęk swoisty gruczołów sąsiednich, jak również w czasie nawrotów kiły drugorzędnej i w kile trzeciorzędnej, śledziona nie ulega powiększeniu. Obrzęk śledziony i gruczołów chłonnych powstaje z jednej i tej samej przyczyny, z zakażenia ustroju jadem kiłowym: powiększenie jednak gruczo-

łów chłonnych nie stoi wcale w stosunku prostym do powiększenia śledziony: gruczoły mogą obrzęknąć bardzo, a śledziona tylko miernie. Rozmiary powiększonej śledziony prawie nigdy nie przekraczają przodowej linii pachowej i łuku żebrowego, ztąd pochodzi, że nie jest macalną; powiększenie jest największe w kierunku poprzecznym i to przeważnie na wewnątrz, wskutek czego śledziona przesuwa się poziomie ku kręgosłupowi: w wymiarze prostym powiększenie jest bardzo nieznaczne.

Śledziona zachowuje się więc w kile podobnie, jak w innych chorobach zakaźnych, a stwierdzenie powiększenia jej posłużyć może w wątpliwych przypadkach, przy uwzględnieniu całego obrazu chorobowego, do rozpoznania kiły. *Dr. Władysław Żydłowicz.*

Werner. **Dobrowolna zgorzel nogi w połogu.** (*Ctrbl. f. Gyn.*). U wieloródki 25 lat liczącej, zupełnie zdrowej, po zupełnie prawidłowym porodzie wystąpiła dobrowolnie zgorzel stopy lewej, którą 39-go dnia po porodzie musiano odjąć. W odjętej kończynie znaleziono skrzep w tętnicy goleniowej przedniej i we wszystkich grubszych żyłach. Na dwa dni przed odjęciem stwierdzono w sercu, przedtem zupełnie zdrowem, wybitne szmery. Przypadek ten tłómaczy autor albo powstaniem zakrzepu najpierw we wszystkich żyłach grubszych z następnem wytworzeniem się i w tętnicy, albo powstaniem zapalenia żyły z równoczesnem zapaleniem śródsierdzia, przebiegającem z początku bez objawów, w następstwie którego powstał zator tętnicy goleniowej przedniej. Jako czynniki rozpoznawcze zgorzeli suchej podaje ból, obniżenie ciepłoty i czucia na części dotkniętej zgorzelą, sine zabarwienie i wytworzenie charakterystycznego wału odgraniczającego. *P.*

Borodulin. **Wpływ kału na krew.** (*Russkij archiw patologii, klinicz. med. i bakteryol. Listopad, 1900*). W przewodzie pokarmowym wytwarzają się rozmaite produkty, bardzo szkodliwe dla ustroju i wielu autorów przypisuje ich wessaniu powstawanie np. błednicy. Ten wzgląd skłonił autora do przeprowadzenia badań doświadczalnych nad wpływem kału na krew. Doświadczenia swoje wykonywał autor na psach i na królikach, którym wprowadzał pod skórę nastoje (wodne, wyskokowe i eterowe) kału odpowiedniego zwierzęcia (t. j. psom — psiego, królikom — króliczego). Badania te doprowadziły autora do następujących wniosków: 1) nastój wodny kału, wstrzykiwany zwierzętom, już w małych dawkach powoduje złośliwą niedokrewność (liczba krwinek czerwonych zmniejsza się do 2 milionów: ilość hemoglobiny zmniejsza się b. znacznie: we krwi pojawiają się poikilo-makro- i mikro-cyty i t. d.) 2) Nastój wyskokowy w takich samych warunkach sprowadza tylko nieznaczną niedokrewność. 3) Wstrzykiwania nastoju eterowego prowadzą do znacznej niedokrewności (mniejszej jednakowoż, niż wstrzykiwania nastoju wodnego), a prócz tego powodują wybroczyny w niektórych narządach. 4) Pod wpływem wstrzykiwania mięszaniny tych 3 nastojów występuje złośliwa niedokrewność i tworzą się wybroczyny w pewnych narządach. Na podstawie tych danych sądzi autor, zgodnie z Podwysockim, iż i u człowieka pewna część przypadków t. zw. samoistnej pierwotnej niedokrewności jest zależną od samozatrucia ze strony przewodu pokarmowego. Jakim produktom, wytwarzającym się w jelitach, przypisać należy główną rolę przy tem zatruciu, autor nie rozstrzyga; sądzi jednakowoż, iż ważną rolę odgrywają tutaj fenol i jego pochodne, oraz aminy. *Dr. Gliński.*

VI. Korespondencye.

Lwów, 1 lutego.

Lekarze lwowskiego szpitala powszechnego i profesorowie Wydziału lekarskiego, wraz z swoimi asystentami, uczcili 28 stycznia, jako w rocznicę śmierci ś. p. prof. Dr. Oskara Widmana, pamięć jego zasług 34-letniej pracy szpitalnej obchodem uroczystym, który polegał na wysłuchaniu Mszy św. w kaplicy szpitalnej za spokój duszy nieodżałowanego kolegi i zawieszeniu Jego wizerunku w kancelaryi oddziałowej, w której on, jako prymaryusz, przez lat 26 pracował. Uroczystość odsłonięcia portretu zagaił Dr. Opolski następującem przemówieniem:

Przed rokiem przypadło mi w imieniu kolegów szpitalnych pożegnać mową żałobną ś. p. prof. Dr. Oskara Widmana. Wówczas nad grobem wypowiedziałem, co czułem dla Niego, jako mojego osobistego przyjaciela i towarzysza z ławy szkolnej, z którym następnie prawie równocześnie wstąpiłem do służby w tym szpitalu, oraz z jakich powodów otaczali go wszyscy koledzy szpitalni czcią i uznaniem. Dzisiaj, gdy oto zebraliśmy się, ażeby w rocznicę śmierci uczcić Jego pamięć, znów mnie przypadło zabrać głos, jako gospodarzowi tej samej kancelaryi oddziałowej, w której On jako prymaryusz pracował przez 26 lat. Sądzę, że uczczę Jego pamięć najlepiej, gdy z naciskiem podniosę, że wizerunek, na który złożyliście się Szanowni Koledzy, jest zaszczytnem świadectwem zasług przedwcześnie zmarłego kolegi, który wyróżniał się rozumem, sercem, talentem i pracą. Dusza ś. p. Oskara dozna uciechy w tym objawie koleżeńskim, a potomni lekarze znajdą chwalebny wzór czci, jaką im przekazujemy przez uroczyste zawieszenie wizerunku zmarłego kolegi.

Uroczystość dzisiejsza wskazuje nam jeszcze inną, bardzo pocieszającą stronę. Jest ona dowodem wspólności koleżeńskiej między lekarzami klinicznymi, a szpitalnymi i daje rękojmię również chwalebnej wspólności w pracy zawodowej około chorych, naszej pieczy powierzonych. Oby ta uroczystość na zawsze stanowiła spójnię dla naszego ducha korporacyjnego. Wyrażam nadzieję, że tak będzie, a czerpię otuchę z faktu, że bodziec do tej spójni między lekarzami szpitalnymi a lekarzami klinicznymi, wyszedł właśnie od tych ostatnich, a poczęty został z szczerego ducha koleżeńskiego, którego, przyznać muszę, oni z większym pietyzmem pielęgnować umieją. Boleję, że nie my, lekarze szpitalni, daliśmy inicyatywę, najbardziej zaś boleję, że nie ja, który stałem najbliżej do śp. Oskara. Wszak to jeden z czcigodnych profesorów naszego Wydziału lekarskiego pierwszy uczuł potrzebę utrwalenia pamięci tak ze wszechmiar zasłużonego kolegi i tę potrzebę mnie wskazał; upokorzonemu, że nie dopełniłem obowiązku, który właśnie z serca i urzędu do mnie należał, pozostało mi tylko tem szczerzej rzecz naprawić i uczyniłem to najchętniej przez doprowadzenie tej zacnej myśli do urzeczywistnienia i dziś oto przed wizerunkiem zmarłego kolegi stoimy z czcią należną i ze wspomnieniami, pełnemi smutku i uznania. Portret Jego, ofiarowany przez Was, Szanowni Koledzy, tej obecnie mojej kancelaryi, przekazanej mi wraz z oddziałem szpitalnym po ś. p. Widmanie, przyjmuję z wdzięcznością i nad nim czuwać będę; a Ty Oskarze, usłysz te z serca płynące słowa: *bene merito, sit tibi terra levis et jucunda*, odpoczywaj w Bogu! *W.*

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

Dieulafoy (Paryż). *O wrzodach żołądka.* Wrzody w żołądku, których rozmiary wahają się w poszczególnych przypadkach chorobowych od drobnych punkcikowatych nadżerek do wielkości talara, usadawiają się bądź powierzchownie, bądź też drążą w głąb warstwy mięsnej. Prelegent, pomijając objawy i powikłania (rak), jako rzeczy ogólnie znane, stawia sobie za zadanie skreślić te postacie wrzodów żołądka, które dadzą się ściśle odróżnić tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomicznego. W pierwszym więc rzędzie zasługują na wzmiankę powierzchowne nadżerki, powstałe skutkiem miejscowego działania pneumokoków, osiedlonych na błonie śluzowej żołądka, do czego jeszcze przyłączają się uszkodzenia drobnych naczyń i nadmierna kwasota soku żołądkowego. Z najmniejszej nadżerki może się z czasem wytworzyć wrzód (t. zw. „exulceratio simplex“), który, wgryzający się wgłąb warstwy mięsnej i jej naczyń, powoduje nie rzadko obfite, czasem nawet śmiertelne, krwotoki; — jako swoiste zaś należy uważać wrzody kiłowe i gruźlicze, w objawach, zarówno jak i w powikłaniach, niczem od innych nie odstępujące. Rak wytwarza się zwykle na miejscu dawnego wrzodu. Przechodząc do leczenia, zaleca autor w przypadkach wrzodu przewlekłego, połączo-

nego z obfitemi krwawieniami, zabieg chirurgiczny, po poprzedniem jednak a bezskutecznem wyczerpaniu środków wewnętrznych.

Dyskusya: Ewald (Berlin). Cierpieniem następowem po wrzodzie żołądka jest zapalenie okołożołądkowe *(perigastritis)*, wywołane przez przewlekłe zlepne zapalenie otrzewnej. Rozpoznanie tej zmiany nie jest łatwe, — a leczenie może być tylko operacyjne. Bliznowate zwężenia powrzodowe nie rzadko wywołują klepsydrowaty kształt żołądka, co łatwo stwierdzić zapomocą prześwietlenia.

Tourtoulis-Bey (Kairo) spostrzegał krwotoki jelitowe w przebiegu ostrego włóknikowego zapalenia płuc: — objaw ten odnosi do działania pneumokoków.

Doyen (Reims) radzi wykonać laparatomię w tych wszystkich przypadkach, w których lekowanie środkami wewnętrznymi nie odnosi pożądanego skutku, a chory podupada coraz bardziej: — często w takich razach trafia się na nowotwór, którego usunięcie daje jeszcze widoki wyleczenia. Takie silne krwawienia są wskazaniem do operacyi: w większości przypadków wystarcza gastroenterostomia, usuwająca krwotoki i bolesność, a umożliwiająca odżywianie.

Meunier (Paryż). Badania ilościowe nad *pepsyną (labferment)* soku żołądkowego. Ilość pepsyny dochodzi u zdrowego człowieka w godzinę po jedzeniu do stopy najwyższej, wzrastając nadto w przypadkach podniesionej kwasoty żołądkowej, a opadając przy przewlekłym nieżycie żołądka: — najmniejsza ilość pepsyny jest przy raku.

Bendersky (Kijów). *Wymioty na tle nerwowem i ich leczenie.* Na podstawie 14 ze skutkiem leczonych przypadków zaleca autor w takich razach płókania żołądka letnią wodą.

Favulla (Barcelona). *Przyczynek do wiedzy o bolesnych napadach żołądkowych istotnych, (crises gastriques essentielles).* Napady tego rodzaju występują w przebiegu wiądu rdzenia, porażenia ogólnego i rozsianego stwardnienia w rdzeniu pacierz. Leczenie polega na wstrzykiwaniu morfiny, podawaniu przetworów kozłka i stosowaniu zabiegów higieniczno-wodoleczniczych.

Strauss (Berlin). *Stosunki odżywczo-lecznicze, zachodzące między tłuszczami, a czynnością żołądka.* Doświadczenia prelegenta wykazały, że wielkie ilości tłuszczu mlekowego obniżają wydzielanie kwasu solnego i nie wpływają ujemnie na czynność ruchową żołądka. Z uwagi, że chorzy z podniesioną kwasotą żołądkową znoszą bardzo dobrze (przy odpowiedniem dawkowaniu i kształcie) większą ilość tego tłuszczu, — stosował Strauss dyetę, w tłuszcz mlekowy bogatą, w przypadkach okrągłego wrzodu, nadmiaru kwasoty i wydzielania, otrzymując bardzo dobre wyniki.

Cohnheim (Berlin). *O leczniczem działaniu wielkich dawek oliwy w organicznych i kurczowych zwężeniach odźwiernika i dwunastnicy, oraz ich następstwach* (rozstrzeń żołądka). Przypadki rozstrzeni żołądka, nie będącej następstwem przeszkody ustrojowej, lecz wywołanej kurczem odźwiernika skutkiem wrzodu w tej okolicy, można w krótkim czasie wyleczyć, lub znaczną poprawę osiągnąć, wlewaniami większych ilości oliwy (100—250,₀₀ dziennie); — w bliznowatych zaś zwężeniach zwieracza lub dwunastnicy z następową rozstrzenią można tym samym zabiegiem otrzymać względne wyleczenie, t. j. zupełne ustąpienie objawów. Zwykle podaje się przez dłuższy czas po 50,₀₀ oliwy trzy razy dziennie, w godzinę przed każdem jedzeniem, lub też jednorazową dawkę na czczo, w ilości 100—150,₀₀, ogrzawszy ją poprzednio do ciepłoty ciała. Płyn ten czyni zadość trzem wskazaniom: usuwa kurcz, zmniejsza tarcie i podnosi odżywienie, przedostaje się bowiem nawet przez najmniejsze zwężenie do jelit cienkich, gdzie zostaje wessany. W przypadkach kurczów żołądkowych pochodzenia nerwowego (histerycznego) nie stwierdzono dotychczas pomyślnego działania tej metody — okoliczność ważna pod względem różniczkowo-rozpoznawczym. Wreszcie podnosi autor, że przed każdym zamierzonym zabiegiem operacyjnym w zakresie żołądka należy wpierw stosować leczenie oliwą.

Dyskusya: Matthieu (Paryż) stwierdził, że oliwa obniża ilość kwasu solnego, wobec tego zaleca ją w wszystkich cierpieniach, połączonych z nadmiarem kwasu solnego: — sam miał dobre wyniki.

(C. d. n).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z I. Walnego Zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy.

Dnia 3 lutego odbyło się o godz. 5 zapowiedziane konstytujące Walne zgromadzenie, z udziałem wielu lekarzy krakowskich i kilkunastu umyślnie przybyłych z prowincyi. Inni, nie mogąc przybyć osobiście, przysłali na piśmie swoje obszernie umotywowane wnioski. Obrady zagaił Doc. Dr. Braun, kreśląc w krótkich słowach potrzebę organizacyi stanu lekarskiego i dziękując kolegom za liczny udział w zgromadzeniu. Objąwszy następnie przewodnictwo, udzielił głosu kol. Langiemu, który odczytał obszerne sprawozdanie komisyi organizacyjnej. W sprawozdaniu tem umotywowano szczegółowo potrzebę zawiązania Towarzystwa samopomocy, wyjaśniono, że statut przez nią opracowany był przedmiotem długich dyskusyj na 2 zebraniach lekarzy krakowskich, którzy porobili w nim odpowiednie zmiany i poprawki, podano do wiadomości, że 3 kolegów obdarzyło Towarzystwo hojnymi datkami i że dotychczas zapisało się 270 członków, zestawiono wreszcie cały tok dotychczasowej akcyi od zawiązania się Komisyi organizacyjnej w listopadzie 1899 roku aż do dzisiejszego Walnego zgromadzenia. Na koniec złożyła Komisya publiczny hołd nieodżałowanej pamięci prof. Zarewicza, który gorliwie i serdecznie jej pomagał, a zgromadzenie uczciło pamięć Jego przez powstanie. Z kolei przystąpiono do wyborów. Prezesem obrano jednomyślnie prof. Jordana, który, powitany hucznemi oklaskami, objął zaraz przewodnictwo i obiecując wszelkiemi siłami pracować dla jego dobra i rozwoju, wykazał w dłuższem przemówieniu, jak pojmuje zadanie Towarzystwa, jego znaczenie dla stanu lekarskiego i stosunek do Towarzystwa lekarskiego i Izb lekarskich.

Wiceprezesami wybrano: Prof. Trzebickyego i Dra Walczyńskiego z Tarnowa, Sekretarzami: Dra Langiego i Dra Weinsberga: Skarbnikiem: Dra Słapę. Do wydziału zaś weszli: Doc. Braun, Dr. Kohn i Dr. Schoengut; do komisyi kontrolującej: Dr. Damski z Jaworznia, Dr. Idziński z Żywca i Dr. Scheitter; do sądu polubownego: prof. Bujwid, Dr. Dura z Krzeszowic, Dr. Filimowski, Dr. Hirsch Herman i Dr. Mączka.

Wpisowe uchwalono w wysokości 2 koron: wkładkę miesięczną 1 koronę na czas od 1 lutego do 1 września b. r., kiedy według statutu ma się odbyć doroczne zwyczajne walne zgromadzenie.

Wnioski przedłożyli następujący członkowie:

Dr. Weinsberg: O ściąganie przez Towarzystwo zalegających honoraryów lekarskich. Dr. Langie: O polecenie Wydziałowi, aby rozwinął energiczną akcyę celem pozyskania ogółu lekarzy na członków Towarzystwa. Dr. Łopaczyński (z Lanckorony). W sprawie lekarzy okręgowych: 1) O podwyższenie płacy. 2) O opiekę nad mieszkaniami tychże lekarzy. 3) O stabilizacyę po roku służby. 4) W sprawie szczepienia ospy i leczeniu epidemii. 5) W sprawie obsadzania „okręgówek" i kwalifikacyach. Dr. Edelheit (ze Sanoka): 1) O wymożenie większej opieki nad lekarzami ze strony Izb lekarskich. 2) W sprawie konkurencyi ze strony lekarzy rządowych i wojskowych. 3) O unormowanie należytości sądowo-lekarskich w sposób odpowiadający stanowisku lekarza. 4) W sprawie niewłaściwego nieraz obsadzania posad lekarzy rządowych. 5) O utworzenie własnej instytucyi asekuracyjnej jako osobnego działu Towarzystwa samopomocy. 6) W sprawie utrzymywania ciągłej styczności z wszelkiemi innemi towarzystwami lekarskiemi.

Dr. Zasacki (ze Szczurowic): Cztery wnioski w sprawie wykazów szczepienia ospy — ogłoszone w Nr. 3, „Przeglądu lekarskiego". Dr. Mikołajski (z Dobczyc): 1. O założenie kasy dla chorych lekarzy na wzór kas robotniczych. 2) O utworzenie kasy strejkowej. 3) O ulgi podatkowe dla lekarzy. 4) W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. 5) W sprawie stęplów na „Visa reperta". 6) W sprawie nieprawidłowego postępowania niektórych sędziów przy rozprawach o lekkie uszkodzenie ciała.

Chirurg Hellmann (z Tarnobrzega): 1) W sprawie majątku zwiniętego w r. 1875 gremium chirurgicznego. 2) O postaranie się o ustawę przymusowego należenia do Tow. samopomocy na wzór ustawy przemysłowej. 3) W sprawie partactwa lekarskiego przez felczerów na prowincyi. 4) O podwyższenie dyet przy czynnościach sądowych i komisyach rządowych.

Wszystkie te wnioski odesłało Walne zgromadzenie do Wydziału a prezes zapewnił na interpelacyę kol. Bergera, że żaden pominiętym nie zostanie, lecz nad wszystkimi zastanowi się Wydział: mniej ważne sam załatwi, ważniejsze podda pod dyskusyę i głosowanie na najbliższem Walnem zgromadzeniu. W sprawach ogólnej działalności i kierunku, w jakim ma kroczyć nowe Towarzystwo, zabierali jeszcze głos koledzy: Łodziński (z Myślenic). Słapa, Kohn, Prager, Jordan z Krakowa i Rossberger z Jarosławia.

Wreszcie po uchwaleniu jednogłośnie na wniosek kol. Hirscha podziękowania komisyi organizacyjnej za pracę przygotowawcze, zamknął prezes Jordan obrady o godzinie 8ej, prosząc obecnych kolegów z prowincyi, aby, powróciwszy do domu, starali się przekonać resztę kolegów o potrzebie należenia do Towarzystwa i pozyskać dla niego jak największą liczbę członków.

W tych dniach odbędzie się pierwsze posiedzenie Wydziału, który od razu, jak widać z powyższego sprawozdania, czeka ogromna praca. Dalsze zgłoszenia na członków nadsyłać należy, wraz z wpisowem i wkładką miesięczną, na ręce skarbnika Dra Słapy. (Ul. Kolejowa, 4).

Dr. H. Jordan, prezes. *Dr. Langie*, sekretarz.

W sprawie Towarz. Samopomocy lekarzy.

Szanowna Komisya organizująca „Towarz. Samopomocy lekarzy“ żąda, aby ją uwolnić od dalszych „Uwag.“ — Szan. Komisya pozwoli sobie jednak powiedzieć, że żądanie to jest równie śmiałe, jak bezwzględne i niczem nie usprawiedliwione. Odpowiedzi nie żądałem i w przyszłości nie wymagam; wszak o nic nie pytałem, a odezwałem się nie do Komisyi, lecz do ogółu lekarzy. Odpowiedź więc była zbyteczną. Skoro jednak była, to muszę się z nią liczyć i dorzucić kilka słów do moich tak niepożądanych uwag.

Wiedziałem o przedwstępnych pracach Komisyi, lecz śledziłem ich bieg i czekałem, aż się w statucie skrystalizują, a dostawszy go do rąk, mogłem dopiero wyrobić sobie sąd o celach i zadaniach nowego Towarzystwa.

Nie wiem, jaki jest zakres działania Towarz. lekarskiego w Wiedniu, ani jaki pożytek przynosi organizacya lekarzy tamże i to mnie nie wiele interesuje, bo wiem, że w samym Wiedniu jest dwa razy tyle lekarzy, co w całej Galicyi, a stosunki społeczne, ogólne i lekarskie tam są tak różne od naszych, że urządzeń tamtejszych do naszych porównywać nie można. Zresztą rzecz to małej wagi.

Większe natomiast znaczenie ma pytanie, czego u nas ogół lekarzy potrzebuje i czego się domaga, a względnie czego się spodziewał od organizującego się „Towarz. Samopomocy.“

Lekarze praktykujący pragną mieć byt swój i swych rodzin zabezpieczony i chcą się tak urządzić, aby kapitał, składany przez nich w czasie najwydatniejszej ich pracy, zabezpieczył im, względnie ich rodzinom, spokojny byt na wypadek niezdolności do pracy, względnie śmierci. Zapomoga, choćby w najdelikatniejszą formę ubrana, jest dla większej części lekarzy czemś upokarzającem, a nawet krzywdzącem, bo każdy z nich czuje, że za swą pracę i poświęcenie ma prawo do zapewnionego bytu, a nie do zapomogi.

O tem Komisya organizacyjna dobrze wiedziała, a przynajmniej powinna była wiedzieć, skoro aż rok przeszło pracowała nad utworzeniem Towarzystwa, a przecież stworzyła tylko takie, które swym członkom zapomogi i wsparcia obiecuje. „Odpowiedź“ twierdzi, że finansowo robi to samo, co Izba lekarska lwowska; — ja zaś sądzę, że robi coś wprost przeciwnego. Izba lekarska ubezpiecza swych członków i zapewnia im ich prawa statutem; „Samopomoc“ zaś obiecuje zapomogi i wsparcia, które będą według postanowień regulaminu udzielane, a to jest wielka różnica. Ztąd też także wątpię, aby Izba wzorowała się w tym względzie na statucie „Samopomocy,“ co Komisya w swej odpowiedzi skromnie przypuszcza. Zarzut, że i Tow. lekarzy galic. nie ma działu ubezpieczenia lekarzy, byłby słusznym, ale łatwiejby było temu Towarzystwu z obecnym już majątkiem stu kilkudziesięciu tysięcy dział taki stworzyć, aniżeli „Samopomoc“ która żadnym nie rozporządza majątkiem.

A teraz strona organizacyjna „Samopomocy“. Organizacya lekarzy jest istotną częścią Izb lekarskich, które w tym celu, a nie w żadnym innym, zostały utworzone. „Samopomoc“ ma gromadzić i oddawać do załatwienia Izbom lekarskim materyał, dotyczący poprawy stosunków stanu lekarskiego. Ależ działalność Izb lekarskich nie dla tego jest bezpłodną, że brakuje im tego materyału, bo przecież mają w swem gronie lekarzy praktykujących, lecz dlatego, że nie potrafiły, czy nie miały jeszcze czasu, wywalczyć sobie odpowiedniego znaczenia i powagi w sferach decydujących, a nawet wśród samych lekarzy. „Samopomoc“ będzie zarzucać Izbę wnioskami i żądaniami, wobec których ta ostatnia stać będzie bezsilna i bezwładna, chociaż najlepszemi ożywiona chęciami.

Statut „Samopomocy“ został „umyślnie“ ogólnikowo i pobieżnie ułożony, aby nie krępować postanowień regulaminu“ — powiada odpowiedź. Pomijając już to, że strona finansowa Towarzystwa powinna się opierać na bardzo szczegółowym statucie, a nie na regulaminie, to pozwolę sobie zauważyć, że należało dołączyć do statutu przynajmniej projekt regulaminu, aby dać nieco jaśniejszy obraz przyszłej działalności Towarzystwa. Tak zaś ulegać musi krytyce tylko statut i punkta jego wytyczne.

Towarz. lekarzy galic. ma nie tylko cele ściśle naukowe, jak to Komisya organ. twierdzi, bo udzielanie zapomóg i pensyi nie wchodzi w zakres działalności naukowej. Izby lekarskie zaś nie są instytucyami rządowemi — bo w ten sposób rozumując, musielibyśmy i Radę państwa instytucyą rządową nazwać. Dlatego nie mogę istotnie zrozumieć, chociaż to Komisyi dziwnem się wydało, dlaczego te instytucye nie miałyby spełnić tych wszystkich zadań, które „Samopomoc“ przyjmuje na siebie i dlatego twierdzę, że statut „Samopomocy“ nie jest niczem innem, jak tylko zlepkiem praw i obowiązków tych dwóch obecnie już istniejących instytucyj, — z każdej po trochu.

Jeżeli ktoś ma dom wprawdzie stary, ale dobrze i silnie zbudowany, a nie posiada w nim nowych urządzeń, to, aby mieć te urządzenia, nie buduje przecież nowego domu, lecz w starym je zaprowadza. A Komisya go wybudowała, tylko że zapomniała tych nowych urządzeń, które ze zmianą stosunków społecznych potrzebnemi się okazały, zaprowadzić. Sądzę, że towarzystwo lekarzy galic. pomyśli o tem, aby urządzenia te u siebie w domu zaprowadzić.

Zaznaczam jeszcze raz, że piszę dla ogółu lekarzy i że więcej w tej sprawie głosu zabierać nie będę. *Dr. Momidłowski.*

Ponieważ w dniu 3 lutego ukonstytuowało się „Towarzystwo samopomocy lekarzy“, a tem samem dotychczasowa Komisya organizacyjna została rozwiązaną, przeto nie może ta ostatnia wdawać się w dalszą, bezcelową zresztą, polemikę. Będzie rzeczą Wydziału Towarzystwa zastanowić się nad tem, czy potrzeba wogóle i czy warto poruszać jeszcze tę sprawę, wobec tego, że wszelkie nieżyczliwe nowemu Towarzystwu głosy nie zdołały udaremnić celu, jaki sobie b. Komisya organizacyjna wytknęła. Koledze Momidłowskiemu musi zatem wystarczyć tych kilka słów, które w odpowiedzi na jego korespondencyę uważali za stosowne odpowiedzieć

byli członkowie Komisyi organizacyjnej.

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 7 lutego 1901.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem odbył się wybór na członków czynnych Drów: A. Ackermanna, Banneta i A. Schudmaka. Następnie koledzy: Gliński, Rutkowski, Ciechanowski i Baurowicz mieli zapowiedziane wykłady z demonstracyami, wreszcie kol. Żydłowicz miał odczyt p. t.: „Kilka uwag w sprawie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich“.

* *Komisya Bibliograficzna Akademii Umiej. przesyła nam następujące ogłoszenie*:

Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe »Katalogu bieżącej literatury naukowej.« Wydawnictwo to, wszczęte przez »Royal Society« Londyńską, zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie, pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym osobną »Komisyę Bibliograficzną,« której zadaniem będzie opracowywanie »Katalogu Literatury Naukowej Polskiej,« w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisyi winnyby się spotkać z życzliwem współdziałaniem społeczeństwa, a przedewszystkiem z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem »Katalogu Literatury Naukowej Polskiej« będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisya Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno pism peryodycznych, jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, zechcieli jej przesyłać pod adresem: Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna. Przewodniczący Komisyi: *Władysław Natanson*, sekretarz: *Tadeusz Estreicher*.

* W niedzielę d. 3 bm. odbyło się Walne zgromadzenie Tow. samopomocy lekarzy. Prezesem jednomyślnie został wybrany kol. prof. H. Jordan, który programowe swe przemówienie zakończył słowami: »potrzeba nam łącznie i energicznie działać. ale środki działania muszą być zgodne z etyką lekarską i z temi zasadami, na które każdy z nas przy promocyi przysięgał.« Szczegółowy przebieg tego posiedzenia i brzmienie zgłoszonych wniosków, podajemy w sprawozdaniu, które ogłaszamy w dzisiejszym numerze.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego i nadał Dr. Adamowi Sołowijowi prawa docenta do wykładów z zakresu położnictwa i ginekologii.

* Ze Lwowa donoszą, że w obrębie szpitala powszechnego ma stanąć pomnik dla śp. Dr. Fr. Hoszarda, zasłużonego referenta spraw sanitarnych Wydziału krajowego.

* Dr. E. Krzyżanowski (Buczacz) donosi, że na tablicę śp. prof. Dr. Borysikiewicza nadesłano na jego ręce następujące datki: Dr. Bałłaban 100 kor., prymaryusz Garrippa 100 kor., profesorowie Wydziału lekar. w Insbruku 70 kor., Dr. E. Krzyżanowski 20 kor. prof. Wicherkiewicz 10 kor.

* Komitet kierowniczy czasopisma »La Presse médicale« w Paryżu organizuje wspólne zwiedzanie wszechnic krajowych i zagranicznych. Pierwsza wycieczka wyruszy z Paryża koło 1 maja i w ciągu 8 dni zamierza zwiedzić: Lille, Liège, Kolonię, Bonn, Heidelberg, Strasburg, Paryż. Wycieczka obliczona na 40 osób; opłata wynosi 260 fr. Wpisy przyjmuje Administracya czasopisma »La Presse médicale.«

* Wraz ze Zjazdem przyrodników niemieckich, który odbędzie się w Hamburgu między 22 a 29 września, ma być urządzona wystawa przyrządów do Röntgenografii

* Nagroda im. Unny nie została przyznana nikomu w r. 1900. Z tego powodu konkurs został przedłużony na rok bieżący po dzień 1 grudnia 1901 r.; temat do współubiegania się pozostaje ten sam: „Die feinere Architectur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiederstand.«

* O przebiegu epidemii moru w Rosyi podaje urzędowy organ »Pratitielstwiennyj Wiestnik« z 10 stycznia st. st. następujące szczegóły: 1) Władimirówce (gubernia astrachańska) do d. 29—XII r. z. było wszystkich chorych 25, z tych umarło 16, wyzdrowiało 2, reszta pozostawała w leczeniu; w tej miejscowości epidemia doszczętnie już wygasła. 2) W trzech osadach obok wsi Talówki (gub. samarska) między 9 a 27—XII z. r. zachorowało osób 61, zmarło 44. I w tej miejscowości epidemia wygasła.

Ks. Oldenburski, który kieruje walką z epidemią morową, postanowił odbyć sanitarną rewizyę kirgizkiego stepu, ujść Wołgi i północnego wybrzeża morza kaspijskiego. Na wezwanie księcia na pole walki z epidemią pospieszyli profesorowie: Czystowicz i Lewin, oraz Drowie Kaszkadamow, Baumholz, Damaskin, Jagodinskij, Dejkun-Moczanenko i Łuczyński. Prócz tych według »Nowoje Wremia« wezwani zostali do gubernii astrachańskiej: petersburski prof. Winogradow, prosektor Korowin i kijowski prof. Wysokowicz. Do liczby tej należy dodać liczny zastęp lekarzy z Odessy, Charkowa i t. d., którzy udali się do miejsc nawiedzonych morem.«

Oczywiście, kilkudziesięciu lekarzy wraz z ks. Oldenburgskim nie mobilizuje się dla Władimirówki i Talówki; obszar zajęty przez epidemię zapewne jest znaczny, a jej skutki muszą być doniosłe i zgubne.

Nekrologia Zmarli: Dr. Władysław Gedl, wychowaniec Uniw. Jagiel., człowiek niepospolicie zdolny, lekarz bardzo wzięty i ceniony, zakończył życie dn. 3-go b. m. w Wadowicach, licząc lat 49 W Petersburgu zmarł nagle naczelnik Akademii wojenno-lekarskiej Dr. W. Paszutin. W Brazylii padł ofiarą poświęcenia prof. Meyers, członek wyprawy angielskiej dla badania żółtej febry, której właśnie uległ. Dr. Teofil Rontaler zmarł w Piotrkowie. We Lwowie zakończył życie b. lekarz powiatowy Dr. Kajetan Wolański.

Zapiski bibliograficzne.

— *Kronika Lekarska* Nr. 2; Dr. Wislocki: Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki.

— *Medycyna* Nr. 5: Mutermilch St.: Przyczynek do nauki o tętnie parodoksalnem (dok.). Dr Bregman L. E.: O nowotworach móżdżku (dok.).

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 2: Święcicki H.: O częściowem wydalaniu mięśniaków macicy przez jelita. Szuman L.: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Pomorski J.: O dekapitacyi przy zaniedbanych położeniach poprzecznych. Zanietowski: O woltaizacyi zwykłej i sinusoidalnej.

Gazeta Lekarska Nr. 5: Brudzińskiego J.: O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Dr. Troczewski A.: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pierwotnych, pochodzenia nieurazowego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5: Dr. Kopfstein W.: Zprawa o 205 operacich průtrže provedených ve veřejne okresni nemocnici císaře Františka Josefa I u Mladé Boleslavi. Dr. Skala J.: Kasuistický příspěvek z chirurgii ledvin (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Dr. Stolz M.: O podwiązaniu pępowiny. Dr. Sachs O.: Cztery przypadki tak zw. »stwardnień plastycznych« w ciele jamistem prącia z uwzględnieniem pozostających w tem ciele stwardnień. Dr. Preindlsberger: Dalsze przyczynki do operacyi niedrożności jelit.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5: Köster: Przyczynek do sprawy tak zw. napadów (crises) łechtaczkowych. Meyer: Zapalenie przewlekłe istoty szarej rdzenia po urazie. Conradi: Wpływ wysokiej ciepłoty na sernik mleka. Stoewer: Przyczynek do patologii gruczołu łzowego. Köppen: Rozpoznanie i rokowanie w rzeżączce mężczyzn. Scholtz: Walka z chorobami płciowemi u młodzieży szkolnej. Loeb: Nowy przyczynek do odkażania formaliną, zwłaszcza w zastosowaniu do dróg moczowych. Sternberg: Przypadek zrośnięcia kulszowo-krzyżowego płodów. Palmedo: Zawada połogowa z powodu podwójnej wady rozwojowej płodu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5: Dr. Mühsam: Zapalenie deskowate podskórnej tkanki łącznej *(Holzphlegmone).* Dr. Schmidt: Przypadek oparzenia połyku i krtani, zakończony śmiercią Dr. Moritz: Przyczynek do wiedzy o »bazofilnych granulacyach« czerwonych ciałek krwi. Dr. Fokker: O powstawaniu prątków kw. mlekowego z „Granula«. Dr. Adler: Bakteryobójcze działanie światła iskry elektrycznej o wysokiem napięciu, oraz nowo ulepszona metoda wyzyskania bakteryobójczej siły światła łukowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5: Verworn: Znużenie i wypoczynek. Blumberg: Spostrzeżenia nad leczeniem gorączki połogowej surowicą Marmorka. Mann: Przypadek histerycznej czuciowej afazyi Cohn: Higiena oka (dok.). Martens: Leczenie chirurgiczne zwężeń cewki moczowej (dok.). Ledermann: Przyczynek do szczegółowej terapii chorób skórnych, z uwzględnieniem nowszych środków leczniczych i ich form

— *La Semaine médicale* Nr. 4: Faure J. L.: Ból w piersiach w przebiegu zapalenia otrzewnej, będącego następstwem przedziurawienia żołądka.

— *La Presse médicale* Nr. 9: Prof. Brissaud: Zaburzenia czuciowe w syringomyelii.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ed. Schiff: Das Institut für Radiographie und Radiotherapie in Wien. Dr. E. Schiff i dr. L. Freund: 1) Welches ist das wirksame Agens in der Radiotherapie? 2) Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie. 3) Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie. Dr. W. Jeż i Dr. F. Kluk-Kluczycki: Zur Therapie des Abdominaltyphus mit Jeż's »Antityphusextract«. Dr. M. Nartowski: Elektrodyagnostyka i Elektroterapia (304 rycin i 8 tablic). Kraków, 1901.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**